

A CIRURGIA COMO EVENTO CRÍTICO NA TRANSIÇÃO DO HOMEM PORTADOR DE CARCINOMA DA PRÓSTATA

Jorge Miguel de Sousa Carvalho^{*}; Maria do Céu Aguiar Barbieri-Figueiredo^{**}

^{*} Mestre em Ciências da Enfermagem; Licenciatura em Enfermagem; Centro Hospitalar do Porto, EPE –Hospital de Santo António

^{**} Doutora em Ciências da Enfermagem; Mestre em Enfermagem e Educação; Escola Superior de Enfermagem do Porto

Resumo

“O homem portador de carcinoma da próstata: Uma transição no masculino”. Com este estudo pretendeu-se conhecer o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical. Desenvolveu-se uma investigação de natureza qualitativa, de carácter descritivo e exploratório, através de uma entrevista semiestruturada para a colheita dos dados e a análise de conteúdo para a decomposição dos mesmos, através da microanálise, sendo entrevistados 18 participantes. Foram identificadas 6 categorias descritivas do processo de transição, onde a cirurgia é visivelmente um evento crítico na transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical. Após a decomposição dos relatos dos participantes e identificadas rapidamente se reconheceu que o evento cirúrgico provoca grande perturbação na vida do homem, essencialmente devido às morbilidades cirúrgicas.

Essa perturbação está patente nas respostas dos entrevistados, descritas ao longo do texto como (E1...).

Palavras-chave: Enfermagem; Transição; Cirurgia; Carcinoma da próstata; Homem

Introdução

Atualmente, o carcinoma da próstata é reconhecido como um dos maiores problemas de saúde a afetar a população do sexo masculino¹, tornando-se um problema proeminente de saúde pública², o que se enquadra na pertinência da investigação realizada. Em termos epidemiológicos, o cancro da próstata é o tipo de cancro mais frequente no que concerne a órgãos internos³, com cerca de 4000 novos casos por ano, provocando sensivelmente 1800 mortes anuais em Portugal, com base nos dados do IARC (The International Agency for Research on Cancer) de 2002⁴. Assim, em termos nacionais, de acordo com a mesma fonte, o cancro da próstata é responsável por cerca de 10% da mortalidade por cancro, o que figura a segunda causa de morte por cancro no homem. A prostatectomia radical é um dos procedimentos mais indicados para o tratamento do carcinoma da próstata localizado⁵, sendo que propicia uma sobrevida global e livre de doença aos

10 anos, de cerca de 90%⁶. Hoje em dia, é reconhecido como o método.

Curativo mais eficaz desta doença, desde que esteja confinada à glândula, contudo, não é isento de complicações, que passam essencialmente pela estenose vesico-uretral, incontinência urinária e disfunção erétil⁷. Claramente, constata-se que o “carcinoma da próstata é, ainda, um tema pouco abordado pelos enfermeiros e, consequentemente, poucas vezes focado nas revistas da especialidade”⁸ (p. 60), daí a necessidade do estudo do fenómeno de transição dos homens portadores de carcinoma da próstata submetidos a prostatectomia radical. Assim sendo, a investigação apresenta razão de ser porque não existe sustentação teórica suficiente da temática exposta, num contexto em que esta problemática é cada vez mais comum, com implicações claras e objetivas na qualidade de vida do indivíduo e família.

A Enfermagem, como disciplina, declara a necessidade de compreender, estudar e investigar a pessoa na sua globalidade, considerando a sua dimensão biológica, psicológica, social e cultural de forma

integrada e interativa. Para a investigação, o conceito de transição foi essencial, sendo que de acordo com⁹ assistir o indivíduo, a família ou a comunidade a lidar com as transições que afetam a sua saúde desponta como um desafio para os enfermeiros, antes, durante e após um evento gerador de mudança. Para¹⁰, a transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, ou seja, a transição implica um movimento de mudança. Desta forma, a Teoria das transições de Meleis foi fundamental para se conhecer como é experienciado o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical, que se tornou na pergunta de partida que conduziu toda a investigação. A investigação teve assim como finalidade conhecer o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical, com o objetivo de descrever o processo de transição; compreender as necessidades; descrever os recursos mobilizados e conhecer a perspetiva sobre o papel do enfermeiro do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical. Em suma, com este artigo pretende-se, para lá de fornecer uma visão geral de toda a investigação, focar a cirurgia como evento crítico deste processo de transição.

Metodologia

A metodologia utilizada foi a qualitativa, privilegiando a descoberta como contexto de partida da investigação¹¹ (p. 95), sendo o investigador o principal instrumento de recolha de dados e tendo como principal foco de atenção os significados que os participantes atribuem aos acontecimentos. Desta forma, pode-se afirmar que o raciocínio empregado para a construção deste estudo foi globalmente indutivo, já que, a partir da escuta dos participantes, se chegou a aspetos e temas comuns que perspetivam a experiência e

fornecem informações importantes sobre o fenómeno. Concomitantemente, é uma investigação de carácter descritivo e exploratório, visando denominar, classificar e descrever uma população ou conceptualizar uma situação¹². Relativamente ao seguimento da investigação, esta foi transversal, não contemplando a relação temporal entre os fatores estudados¹³. O tipo de estudo foi assim formado com o propósito de explorar domínios desconhecidos, contribuindo, deste modo, para a compreensão da realidade.

Considerando a diversidade dos pontos de vista, bem como a impossibilidade de entrevistar todos os sujeitos, pretendeu-se que a técnica de amostragem fosse capaz de garantir o acesso a fontes com perspetivas diversas sobre tema¹⁴. Neste sentido, os participantes foram selecionados tendo por base algumas condições de interesse para os próprios, para o investigador e para o estudo.¹⁵ Suportam que a amostragem teórica é uma técnica indicada para quando se pretende investigar áreas pouco exploradas. A entrevista temática ou semiestruturada foi o instrumento de colheita de dados escolhido, já que propiciou flexibilidade ao pesquisador para conduzir o trabalho e possibilitou que o entrevistado não se afastasse do foco da pesquisa tendo liberdade para se expressar. Neste estudo, realizaram-se 18 entrevistas temáticas ao longo do período de colheita de dados. Os dados emergiram da informação recolhida, através da técnica de análise selecionada para o efeito e de acordo com a natureza e objetivos do estudo. Considerou-se pertinente usar como técnica de tratamento de dados a análise de conteúdo, realizando-se inferências com base numa lógica, explicitada sobre os discursos, cujas características foram inventariadas e sistematizadas. Partindo da análise de conteúdo foi permissível extrair o discurso do contexto de produção e, através da inferência,

procurar o seu autêntico sentido. O processo de análise foi encetado com a análise frase a frase, num processo próximo do que apelidam de microanálise, que é uma análise “detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e suas dimensões) e para sugerir relações entre categorias; uma combinação de codificação aberta e axial”¹¹ (p. 65). Fazer microanálise sujeita o analista a ouvir cuidadosamente os discursos, tentando entender como os participantes interpretam os factos, acautelando que se tirem conclusões teóricas precipitadas. Este processo foi conduzido ao longo do tempo com o auxílio do software informático NVIVO8®.

Apresentação, análise e discussão

Ao longo do percurso, encontrar significados para lá das evidências narradas pelos participantes, exigiu uma reflexão contínua, a partir do questionamento dos dados, que possibilitou revelar os fenómenos emergentes, explorar as suas características e descrever o processo, após terem-se identificado as relações entre os factos, reunindo-os em categorias e subcategorias. Num procedimento progressivo, com avanços e recuos constantes, os discursos dos participantes desapareceram gradualmente para originar uma nova apresentação, consubstanciando-se a partir de seis categorias, seguidamente apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 Esquema representativo da categorização da análise de conteúdo

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
A génese de uma transição	O percurso até ao diagnóstico
	O impacto do diagnóstico
A trajetória até à cirurgia	A consciencialização
	O envolvimento
	A preparação e conhecimento
A cirurgia: Um ponto de viragem	Viver com disfunção erétil
	Viver com incontinência urinária
	Experimentar uma nova identidade
	As mudanças no quotidiano
A evolução da transição	As crenças existentes
	As dificuldades e preocupações constantes
	Os recursos utilizados
	O desenvolvimento de coping
	Os sentimentos vividos
	As perspetivas futuras
A reestruturação pessoal	Um novo domínio do autocuidado
	Os novos padrões nas relações sexuais
	A adesão
	O retorno do bem-estar
A perspetiva sobre o papel do enfermeiro	A função de educador
	A função de ajuda

Após uma análise passa-se a explicitar de forma mais detalhada a categoria “A cirurgia: Um ponto de viragem”, como evento crítico central no processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata, submetido a prostatectomia radical. Como já se observou, a prostatectomia radical evidencia o seu benefício na sobrevida livre de doença, sendo atualmente considerada a *gold standart* das opções terapêuticas. Esta técnica complexa de

remoção cirúrgica da próstata na sua totalidade pode ser realizada através de abordagem convencional ou de abordagem laparoscópica. Perante a análise aos discursos dos participantes emergiu então esta categoria diretamente relacionada com a cirurgia. A categoria induzida pelos relatos dos participantes consubstancia-se através de quatro subcategorias, como se observa na tabela 2.

Tabela 2: Esquema representativo da categoria “A cirurgia: Um ponto de viragem”

A cirurgia: Um ponto de viragem	Viver com disfunção erétil
	Viver com incontinência urinária
	Experimentar uma nova identidade
	As mudanças no quotidiano

Viver com disfunção erétil

A disfunção erétil é uma das possíveis sequelas da prostatectomia radical, provocando frequentemente transtornos com profundo impacto na vida do indivíduo. Contemporaneamente, tem sido evidente o esforço no aperfeiçoamento de técnicas que minimizem os danos cirúrgicos, particularmente com vista à manutenção da função erétil. Contudo, a introdução da técnica de *nerve-sparing* não tem sido suficiente para a manutenção da função erétil nos níveis pretendidos¹⁶. A disfunção erétil é definida pela OMS, como a incapacidade constante para atingir e/ou manter uma ereção suficiente para possibilitar uma relação sexual satisfatória¹⁷. Neste contexto, estima-se que entre 20% a 80% dos homens submetidos a prostatectomia radical manifestem disfunção erétil no pós-operatório, apesar de no período que antecedeu a introdução da prostatectomia radical anatômica, a taxa de disfunção erétil ser de praticamente 100%¹⁸. De acordo com⁷, 84,8% dos homens apresentam algum grau de disfunção erétil após realizarem prostatectomia radical, de acordo com os estudos

efetuados. Nestes indivíduos, a avaliação antecipada da função erétil após a cirurgia é essencial para a obtenção de melhores resultados¹⁹. Para o homem submetido a prostatectomia radical a disfunção erétil ativa o estigma relacionado com a doença, piorando a sua qualidade de vida, autoestima e relacionamento com a companheira²⁰.

Quando os indivíduos são confrontados com a disfunção erétil manifestam sentimentos de perda pessoal, com consequências a nível pessoal e conjugal. Na categoria “A cirurgia: Um ponto de viragem” surgiu a subcategoria “Viver com disfunção erétil”, uma vez que esta disfunção marca comumente uma modificação relativamente ao padrão sexual anterior. A perceção da disfunção erétil é um dos momentos marcantes do tratamento cirúrgico no tratamento do carcinoma da próstata. Neste sentido, os homens relatam mudanças profundas ao nível da função sexual provocadas pela disfunção erétil, sendo um dos fatores que mais perturba os indivíduos.

“(…) obviamente que aquilo que mais me perturbou e que mais me perturba... digamos assim é a impotência sexual.” (E6)

A sexualidade converge para o bem-estar físico, desenvolvimento psicológico e afetivo e deve ser vivida numa relação afetiva e carinhosa, de um modo responsável e partilhada geralmente em igualdade²¹. Perante isto, a ausência da função erétil é encarada como um extravio para o indivíduo e como uma mudança de condição relativamente ao período pré-cirúrgico. A grande parte dos participantes ostentava, até à cirurgia, uma vida sexual ativa, com preservação da função erétil, sendo que a cirurgia os privou de uma função propiciadora de prazer. Simultaneamente, o facto de na grande parte dos casos preservarem o desejo sexual incólume torna ainda o processo mais traumático, uma vez que se sentem bloqueados pela disfunção erétil, ou seja, a manutenção do desejo colide na incapacidade provocada pela disfunção. Perante as narrativas dos participantes, presencia-se o impacto que a ausência da função erétil, ou a alteração relativamente ao padrão anterior provoca nos homens, que descrevem nitidamente a perda de prazer e de intimidade na sua vida após a cirurgia.

“Eu de facto só sinto uma falta, que é a falta de digamos assim, do ambiente da sexualidade como tinha antes, é a única falta que eu sinto.” (E11)

Toda esta temática da sexualidade do indivíduo envolve elementos mentais, emocionais e físicos, que estabelecem o modo como a pessoa vê e sente o seu corpo e, logo, como enfrenta a sua intimidade. Dito isto, existem variados fatores que contribuem sinergicamente para este impacto negativo na sexualidade, tais como a insegurança em relação ao corpo alterado, a disfunção erétil propriamente dita e outros problemas que podem derivar do cancro ou do seu tratamento. A prostatectomia radical, como procedimento que implica a perda de uma parte do corpo intimamente masculina, afeta profundamente o sentido pessoal de integridade física e a função sexual. Neste contexto, os homens relatam

sentimentos de invalidez e de incapacidade perante as mulheres.

“Faz de conta que sou um homem inútil... sou um homem inútil, não tenho... não cumprio o meu dever, a minha obrigação...” (E17)

O medo da rejeição e receio do estigma social relacionado com nova a condição de saúde fomenta analogamente inúmeras dificuldades no quotidiano destes indivíduos. Pelas suas narrativas, os participantes mencionam que em muitos casos não abordam nem reconhecem o seu problema com receio de serem discriminados, rejeitados ou mesmo envergonhados. Os indivíduos evitam dar a conhecer a sua disfunção erétil por medo de serem vistos como homens diferentes e pelo facto de as pessoas os poderem considerar como indivíduos com perda de masculinidade. Estas situações, tal como posteriormente documentadas criam alguns impedimentos aos participantes no reconhecimento do problema.

“Falar com um amigo e dizer que perdi a potência já não é fácil... porque amanhã encontra-se o amigo e o amigo depois... enfim, sabe como é... conversas... nem é preciso explicar mais nada. O que eles vão pensar...” (E17)

“O ser humano é sexual desde o nascimento até à morte, sendo esta uma parte importante da pessoa”²² (p. 913). Assim sendo, fica claro que quando a sexualidade é ameaçada por qualquer fator, como acontece neste caso com a disfunção erétil, o indivíduo sente que a sua qualidade de vida pode ser colocada em causa. Apesar de ser uma doença benigna, a disfunção erétil modifica de forma muito expressiva a vida, tanto do homem como da sua companheira, porque a intimidade física é um aspeto central de um relacionamento amoroso²³. Para a OMS, a sexualidade é entendida como uma energia que motiva as pessoas para encontrar o amor, o contacto, a ternura e a intimidade e integra-se na forma como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, movendo-se como uma fonte de

comunicação, bem-estar e prazer inerente a todos os seres humanos e que mediatiza todo o nosso ser, influi pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, estimula também a nossa saúde física e mental²⁴. Desta forma, ficou patente pelos discursos dos participantes o impacto sofrido na sua sexualidade, acarretado pela disfunção erétil, sendo visível através da mudança que isso provocou nas suas vidas, uma vez que a disfunção erétil interrompeu na maioria dos casos uma vida sexual ativa.

Talvez nenhuma outra doença ilustre a construção social da identidade masculina mais singelamente que o cancro de próstata, uma doença cujos efeitos do tratamento cirúrgico, como por exemplo a disfunção erétil, deixam o homem com um sentido de quebra de controlo sobre o seu corpo²⁵. Perante isto, ficam perceptíveis nos discursos dos participantes os sentimentos de invalidade e incapacidade provocados pela disfunção erétil, influenciados de sobremaneira pela representação social da mesma, o que conduz a que estes homens se sintam diminuídos na interação social com o sexo oposto. Logo, na abordagem reflexiva da função social, podemos afirmar que a sexualidade humana não é um dado da natureza, mas sim construída socialmente no contexto cultural em que está inscrita²⁶.

Viver com incontinência urinária

Tal como a disfunção erétil, a incontinência urinária é outra das possíveis consequências da prostatectomia radical, produzindo igualmente profundas marcas no indivíduo. A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência como a perda involuntária de urina, sendo um problema social ou higiénico²⁷. Na literatura pode-se observar a descrição de uma taxa entre 5 a 31% de incontinência urinária no pós-operatório da prostatectomia radical, de acordo com a definição de incontinência e o modo como é feito o inquérito⁷.

A subcategoria “Viver com incontinência urinária” despontou como fenómeno latente dos discursos dos participantes como outra das alterações provocadas pela cirurgia. Esta é declaradamente uma condição devastadora para a qualidade de vida dos indivíduos comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico e social²⁸. No homem, apesar de menos frequente que na mulher, a incontinência urinária tem igualmente consequências destacadas na qualidade de vida. Posto isto, quando o indivíduo se confronta com esta condição é assolado por sentimentos de profunda tristeza, o que o transporta frequentemente para o isolamento e evitamento. O homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical é confrontado com uma nova realidade, perdendo em muitos casos o controlo da situação.

“(…) outro desgosto é a perda da urina, perco muito urina ainda... também custa bastante. Não sei como me aconteceu... não tenho controlo...” (E7)

A incontinência urinária pós-prostatectomia radical é uma complicação com consequências de ordem social e psicológica que originam um enorme impacto na qualidade de vida da pessoa. Neste sentido, o homem deve ser esclarecido pelo profissional de saúde e preparado para este novo contexto de saúde, no sentido de se minorarem as possíveis dificuldades e limitações, bem como para que o indivíduo tenha a possibilidade de interiorizar, que pelo menos temporariamente, a incontinência pode colocar obstáculos na sua vida. Deste modo, o homem é confrontado com uma série de dificuldades e problemas para os quais em muitos casos não se sentia preparado. Esta é então uma nova condição bastante complexa, que provoca, devido a todas as limitações impostas, um grande transtorno no quotidiano do indivíduo.

“Ainda estou incontinente, isso traz uma série de problemas e neste momento é até

o que me está a incomodar mais... são difíceis os meus dias assim..." (E2)

O indivíduo que vivencia toda esta situação, desde o primeiro contacto com a incontinência urinária até ter que utilizar grandes absorventes, como pensos e fraldas, experimenta sentimentos negativos como tristeza e infelicidade. Assim sendo, estes homens são colocados numa situação extremamente delicada, com a preocupação constante em serem rejeitados ou evitados pelos outros devido ao possível odor causado pelas perdas de urina, bem como com o que as pessoas possam pensar acerca de si. Para tentar minimizar as consequências, os indivíduos servem-se de proteções mecânicas (como as fraldas e dispositivos análogos) e ajustam as suas atividades diárias, evitando frequentemente viajar, movimentando-se apenas em redor da sua residência e frequentando apenas locais que possuem um acesso simples a sanitários. Pela vergonha e medo de rejeição, a incontinência urinária é frequentemente ocultada pelos afetados.

"(...) porque não estava a contar depois de sair do hospital ter de usar fralda; isso foi uma coisa que me custou a encaixar um bocadinho... até tenho vergonha de contar" (E2)

Perante a exposição anterior, facilmente se compreende que a incontinência urinária é uma condição complexa, em muito devido ao embaraço que causa às pessoas quando resolvem manifestar o seu problema e pela vergonha que possuem em abordar o assunto. A incontinência urinária é assim um problema incapacitante, com consequências de índole higiénica, pessoal e social que perturbam estes indivíduos e os que os rodeiam. A incapacidade de controlar as micções é então uma circunstância constrangedora que provoca, como é patente, uma quebra na qualidade de vida pessoal e social.

"Eu vim aqui para dizer a verdade e se ando aqui a urinar-me todo... presta a vida? Não presta... é uma vida que não presta." (E17)

Considerando a sua frequência, gravidade e custos psicossociais e económicos, a incontinência urinária estabelece-se como uma das patologias importantes em termos de saúde. Esta é por muitos considerada como a doença do milénio, atingindo milhões de pessoas, e como a própria descrição que a Sociedade Internacional de Continência sugere, é um problema de elevado impacto na qualidade de vida das pessoas²⁹. Esta condição complexa "sugere uma falta de controlo, e os seres humanos habituados a viverem num mundo, onde quase se negam as funções corporais, bem como certamente a falta de controlo sobre elas, quando acometidos deste distúrbio, encontram aqui uma fonte de problemas"²¹ (p. 23). Desta forma, os participantes relataram uma perda de controlo de si na medida em que sentem a incontinência urinária como um fenómeno sem controlo. Os homens acometidos por esta patologia relatam sentimentos de vergonha, perda de controlo de si, depressão e diminuição da interação social³⁰. Perante este cenário, não ter o controlo sobre a continência urinária significa ter de limitar as interações sociais, uma vez que os homens com incontinência urinária se sentem constrangidos quando um episódio de incontinência ocorre, e desconforto na experiência da exposição à urina, com consequências psicológicas profundamente negativas³⁰.

Experimentar uma nova identidade

O homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical experiencia um conjunto de mudanças que conduzem a que vivencie uma nova identidade, explicada através da subcategoria "Experimentar uma nova identidade". Esta nova identidade emerge de toda a nova condição de saúde que o homem atravessa, para a qual contribui substancialmente a presença de incontinência urinária e da disfunção erétil. As transformações que ocorrem no aspeto físico podem perturbar a imagem

que a pessoa tem de si própria e provocar sentimentos de insegurança em relação ao seu corpo, já que mesmo que as alterações não sejam visíveis, como acontece nesta transição, o indivíduo pode considerar que os outros o veem de forma distinta. Desta forma, os problemas como a infertilidade, a incontinência urinária, a disfunção erétil e a perda da próstata podem conduzir o indivíduo a sentir-se menos masculino³¹. Os participantes expuseram uma marcada perda de identidade, com a masculinidade a ser frequentemente colocada em causa pelos mesmos. Segundo os próprios, sentem-se homens diferentes nesta nova condição após a cirurgia, com um estatuto alterado, sendo que alguns homens consideram mesmo que não o são perante este novo contexto pós-cirúrgico.

“Acho que já não sou [homem]... Já não sou o mesmo...” (E16)

Em questões tão pessoais como estas, torna-se claro que a imagem corporal possui um papel fundamental, não só na relação que temos com o nosso corpo, mas analogamente na relação que temos connosco e com os outros. O conceito de imagem corporal não é estático e inalterável, harmonizando-se como resposta às experiências da vida, sendo que a sua conceção se incrementa e renova pela percepção que o indivíduo tem de si próprio, e pelo *feedback* que retém do contexto social²¹. Assim sendo, a perda de masculinidade e segurança fomentadas pela disfunção erétil, o uso de dispositivos absorventes e o possível odor provocado pela incontinência urinária conduzem comumente a uma alteração profunda na imagem corporal que se repercute na identidade pessoal dos homens.

“E a gente sente-se um bocadinho... embora não dê a entender, a gente sente-se um bocado diminuído... sente-se um bocado diminuído...” (E12)

Os homens qualificam o cancro da próstata como um agente do mal que lhes rouba a sua identidade pessoal e sexual²⁵. Nesta investigação, a análise dos discursos foi de encontro a esta perspetiva, na medida em

que são relatadas pelos participantes profundas alterações na identidade pessoal, essencialmente depois da cirurgia, devido à disfunção erétil e à incontinência urinária. As pessoas portadoras de cancro estão em muito maior risco de terem uma imagem corporal negativa, considerando uma cirurgia mutiladora e os efeitos secundários devastadores da terapêutica, neste caso concreto, da cirurgia radical²². A prostatectomia radical tem igualmente impacto na sexualidade, sendo muitas vezes perspetivada como um atentado à identidade masculina. No imaginário masculino, ao que parece, ter ereção é ter masculinidade e ter masculinidade é indispensável ao homem, sendo que a disfunção erétil é comumente ampliada para outras esferas da vida do homem³². Por conseguinte, observámos que muitos participantes com disfunção erétil declararam que perderam toda a sua masculinidade, dado que a maioria dos homens perceciona-se como menos masculino do que era antes do diagnóstico²⁵. A sexualidade como um elemento da identidade humana caracteriza uma forma de equilibrar as exigências psicológicas do indivíduo a partir de suas vivências, relacionadas com o desejo e a busca do prazer intrínseco a todo ser humano. Assim sendo, debater a sexualidade é acolher os sentimentos, emoções e afetos indispensáveis para o crescimento da vida psíquica do ser humano. Claramente, a sexualidade humana resguarda-se numa grande subjetividade, assumindo-se assim como oportunidade e caminho para a construção da identidade²⁶.

As mudanças no quotidiano

A modificação e limitação de algumas atividades quotidianas testemunham outra dimensão da transição experienciada por estes indivíduos, brotando aqui outra subcategoria identificada como “As mudanças no quotidiano”. A doença é conjecturada por muitos sujeitos como uma

fatalidade porque se veem desprovidos da realização das suas atividades quotidianas. Esta transição é acompanhada de uma reorganização profunda da vida quotidiana, em que o indivíduo perde vulgarmente o interesse por aquilo que lhe facultava prazer antes da doença e/ou representava as suas tarefas constantes, patenteando por vezes indiferença para com aqueles que o rodeiam. As restrições provocadas pela doença e mormente pelas consequências da cirurgia transformam a sua rotina diária, destacando-se mudanças na vida profissional, na vida social e na relação familiar, nomeadamente na relação conjugal. Os indivíduos relataram então uma mudança profunda no quotidiano, com marcas evidentes na alteração das suas atividades e bem-estar.

“Nada é como antes...não faço nada do que fazia... tudo mudou.” (E6)

Perante este contexto, muitos indivíduos com cancro ficam incapazes de trabalhar, precipitando a reforma ou a suspensão da atividade profissional pelo menos durante um período limitado ao seu tratamento e recuperação. Assim, seja pelo impacto provocado pela doença e cirurgia, ou então pelas limitações de contacto social fomentadas pela incontinência urinária, os indivíduos não se sentem em condições para executar a sua atividade profissional. Posto isto, estes indivíduos tomam diferentes opções, desde a baixa médica temporária, até mesmo ao pedido de reforma antecipada. Logo, a vida profissional é reformulada, podendo até sofrer grandes transformações em termos profissionais.

“A alteração imediata foi, eu ainda trabalhava e pedi de imediato a reforma antecipada para não me chatear com o trabalho. Porque já não conseguia assim...” (E8)

A doença oncológica tem graves implicações nas relações interpessoais, nomeadamente entre a pessoa e os restantes membros da sua família, com especial enfoque na companhia. Correspondente à intensidade e

proximidade da relação, o cancro possui sem margem para dúvidas um grande impacto nos casais, em que qualquer um dos elementos pode experimentar tristeza, ansiedade, raiva e perda de esperança³³. Neste âmbito, o impacto físico e emocional que o cancro e o seu tratamento provocam, afeta largamente a intimidade do casal. As complexas emoções e as modificações no quotidiano, que ocorrem logo após o diagnóstico de cancro, podem impedir a comunicação entre o casal, até em casais sem problemas de relacionamento prévios.

Concomitantemente, a atividade sexual constitui sem sombra de dúvidas um fator de estabilidade para o casal³⁴, sendo que as possíveis alterações na sexualidade devido à disfunção erétil podem provocar mudanças na vida conjugal. Logo, através das narrativas é clara a observação das diversas alterações provocadas na relação do casal consequentes a todo este processo.

“Mudou essencialmente a vida matrimonial toda... completa. Deu uma volta (...) tudo mudou.” (E15)

Nos últimos anos, é notória uma grande evolução na procura de saberes inerentes à doença oncológica, quer a nível da sua etiologia e tratamento quer a nível do desenvolvimento psicossocial e da qualidade de vida associados, já que mesmo depois de atingido o controlo oncológico é necessário ter em conta os danos e consequências acarretadas pelo tratamento³⁵. Assim, constata-se a necessária presença de uma atenção especial ao estudo da família nuclear destas pessoas, enquanto palco de interações relacionais, já que a doença oncológica tem igualmente um impacto marcante nas pessoas significativas do indivíduo, sendo que cada familiar e amigo tem uma forma diferente de reagir perante a doença³¹. Em suma, todo este processo de transição deixa igualmente marcas significativas nos familiares dos doentes oncológicos, como os próprios participantes descrevem.

“(...) tenho uma filha que sim, teve mais problemas que eu... entrou em stress, teve que ser medicada inclusive... toda a minha família foi afetada e ela em especial.” (E5)

Ainda no que concerne às mudanças no quotidiano, são identicamente inegáveis as transformações a nível social provocadas pela doença. Foi relatado pelos participantes o fim de atividades quotidianas, o medo de sair à rua, bem como o evitamento de viagens e atividades de lazer. Neste contexto, estes indivíduos são obrigados a abdicar de tarefas que já faziam parte do seu dia a dia, sejam elas de rotina ou outras mais lúdicas e propiciadoras de prazer. Comummente, os indivíduos permanecem isolados em casa, sentindo-se limitados nas suas atividades, pois mesmo quando se ausentam do domicílio têm a permanente preocupação em regressar rapidamente para minimizar os riscos relacionados com as perdas urinárias, no contexto da incontinência urinária.

“Isso já não é viver... não é viver... um homem como eu, era tudo como lhe disse... e não poder sair de casa, quase, à vontade, mesmo protegido, com penso, cuecas...” (E17)

Tendo em conta as experiências anteriormente narradas, as alterações profissionais e as limitações sociais despontam ao nível das alterações quotidianas. Paralelamente, a crise fomentada pela doença é estendível à família e sobretudo à relação conjugal com possibilidade de deterioração da mesma. Deste modo, o casal, face a uma doença crónica de um elemento, possui a necessidade de um reajustamento ao nível dos papéis sexuais e a capacidade de atingir um novo e gratificante patamar de intimidade²¹. Neste contexto, ao longo do percurso da doença, tem-se apurado que a perceção de bem-estar ostentado pela família dos doentes oncológicos se encontra constrangida a diversas vicissitudes que se referem ao comportamento, atitude e papel desempenhado pelos vários elementos do

sistema familiar³⁵. A partir da diversa literatura publicada constata-se que as necessidades expostas pelas pessoas decorrentes das mudanças do quotidiano, apesar de serem semelhantes, poderão sofrer alterações devido à variação dos contextos³⁵.

Conclusão

A certeza sobre o interesse de conhecer a pessoa a viver esta transição, como um todo integrado, através de um processo complexo e multidimensional foi-se tornando cada vez mais objetiva com o decurso da investigação. É fundamental para a prática da Enfermagem compreender como o homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical experiencia esta transição, quais os recursos utilizados e as suas necessidades, e a sua perspetiva sobre o papel do enfermeiro nesta transição, de modo criar uma base de sustentação sólida para uma intervenção do enfermeiro assertiva e eficaz.

Constatou-se que esta temática é, manifestamente, pouco desenvolvida em estudos de investigação, nomeadamente em Enfermagem, o que consolida ainda mais a sua importância, pertinência e atualidade. Existiram paralelamente algumas dificuldades na análise de dados de um fenómeno tão complexo como a transição. O facto de ser um estudo transversal pode ter tornado o estudo algo limitativo, uma vez que um estudo longitudinal permitiria esclarecer aprofundadamente aspetos que porventura necessitariam de uma explicitação mais pormenorizada, todavia, não era exequível um estudo desse tipo neste contexto, o que não embarga a sua realização futura.

O produto final desta investigação deve ser analisado e enquadrado no contexto da sua realização. A sua efetivação permitiu conhecer uma realidade vivida, num dado momento e num dado lugar, por um grupo de participantes que

possuíam em comum algumas condições previamente definidas, sendo que por isso não se pretende extrair dados generalizáveis a outras populações. Porém, estes resultados podem estabelecer uma base de trabalho para futuras investigações. Desta forma, considera-se que esta investigação poderá ajudar a construir um entendimento sobre o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical, contribuindo assim para a formalização do conhecimento em Enfermagem. Como sugestão complementar considera-se pertinente a continuação deste estudo, particularmente ao nível da criação de um programa de intervenção nestes homens que poderia ser efetuado através de uma Consulta de Enfermagem.

Após a realização deste estudo podemos observar que o homem percorre um extenso processo de transição que é principiado com o percurso até ao diagnóstico e impacto do mesmo. Posteriormente, depois do conhecimento da doença, o indivíduo progride até à cirurgia, numa fase que envolve consciencialização, envolvimento e preparação e conhecimento. Depois de ser dada voz aos participantes compreende-se claramente que o evento cirúrgico provoca grandes mudanças em toda a vida do homem, particularmente pelas morbilidades que podem ocorrer decorrentes da cirurgia. A cirurgia marca claramente um ponto de viragem, com a percepção no pós-operatório da possível disfunção erétil e incontinência urinária, que conduzem comumente a alterações igualmente ao nível da identidade e mudanças no quotidiano. Estas quatro dimensões expostas através das respetivas subcategorias espelham a viragem que ocorre na transição com o momento cirúrgico, que conduz comumente à vivência de um novo contexto de saúde tendo em conta as modificações, morbilidades e limitações impostas pelo evento cirúrgico.

Neste longo percurso, o homem é envolvido por crenças acerca da doença, recorre a diversos recursos, apoia-se em diversas estratégias de coping, é assolado por um vasto conjunto de sentimentos, deparando-se com preocupações e dificuldades, sem perder de vista as perspetivas futuras. Perante este cenário, pode surgir uma reestruturação pessoal, através do novo domínio do autocuidado e utilização de novos padrões nas relações sexuais, com a adesão às terapêuticas, o que pode facilitar o retorno do bem-estar. A perspetiva sobre o papel do enfermeiro foi outra das dimensões abordada pelos participantes, consubstanciando-se através da função de educador e ajuda. Concluindo, é patente neste artigo o lugar central e a extrema importância que a cirurgia ocupa como evento crítico nesta transição complexa que foi estudada.

Referências bibliográficas

¹ Monteiro, P. G. (2006). Terapêutica e Seguimento do Carcinoma da Próstata. [Versão eletrónica]. *Ata Urológica*, 23. Acedido em 14 de junho de 2009, em <http://www.apurologia.pt/ata/3-2006/terap-seg-car-prost.pdf>.

² Calvete, A. C., et. al., (2003). Avaliação da Extensão da Neoplasia em Câncer da Próstata: Valor do PSA, da Percentagem de Fragmentos Positivos e da Escala de Gleason. [Versão eletrónica]. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Acedido em 27 de janeiro de 2009, em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a26v49n3.pdf>.

³ Coutinho, J. V. (2001). Comportamentos de Adesão ao Rastreio do Cancro da Próstata (Estudo Exploratório). [Versão eletrónica]. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2. Acedido em 27 de abril de 2009, em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/362/36220108.pdf>.

⁴ Barroso S., et. al., (2010). *Cancro da Prostata*. Acedido em 7 de maio de 2010, em <http://www.pop.eu.com>.

⁵ Pompeo, A. C. L., Pompeo, A. S. F. L., & Tomé A. L. F. (2005). Fatores prognósticos de resposta à sildenafila em pacientes com disfunção erétil pós-prostatectomia radical. [Versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Medicina*. Acedido em 27 de janeiro de 2009, em: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1990.

⁶ Rodríguez, G. C., et. al. (2006). Experiencia en prostatectomía radical del servicio de oncología quirúrgica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. [Versão eletrônica]. *Medicina Interna de México*, 22. Acedido em 27 de janeiro de 2009, em <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064e.pdf>.

⁷ Reis, M. (2000). Prostatectomia Radical no tratamento do Carcinoma localizado da Próstata. In Oliveira, A. G, et. al., *Carcinoma da Próstata: Perspetiva atual*. F. Calais da Silva. Portugal.

⁸ Cardoso, P. S., Pereira, M. E. & Borges, J. R. (2002). Prostatectomia Radical Versus Intervenções de Enfermagem. *Sinais Vitais*, 41.

⁹ MELEIS, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3ª ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

¹⁰ MELEIS, A., et. al. (2000). Experience Transitions: an emerging middle-range theory. *Nursing Science*. 23.

¹¹ Lessard-hébert, M., GOYETTE, G., & BOUTIN, G. (2005). *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. 2ª ed. Instituto Piaget. Lisboa.

¹² Fortin, M.. (2003). *O processo de investigação: da conceção à realização*. 3ª ed. Lusociência. Loures.

¹³ Gonzaga, R. A. F. (1994). *Regras básicas de Investigação clínica*. Instituto Piaget. Lisboa.

¹⁴ Bogdan, R. & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora. Porto.

¹⁵ Strauss, A., & Corbin, J. (2008). – *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Artmed. Porto Alegre.

¹⁶ Goldstein, I. (2006). Early Penile Rehabilitation Following Radical Prostatectomy: Overview and Rationale. *Contemporary Urology*.

¹⁷ Vendeira, P. A. S. (2007). Síndrome metabólico e medicina sexual: Conceitos atuais e avaliação básica. [Versão eletrônica]. *Revista Internacional de Andrologia*, 5. Acedido em 27 de janeiro de 2009, em http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B98J-4V5WK7WJ&_user=10&_coverDate.

¹⁸ Garcia, J. I. M. S., et. al. (2004) Orgasmo Y Su Impacto En La Calidad De Vida Después De Prostatectomia Radical. [Versão eletrônica]. *Atas Urológicas Espanolas*. Acedido em 27 de janeiro de 2009, em <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v28n10/original4.pdf>.

¹⁹ Tsao, A. K. & Nehra, A. (2006). Early Penile Rehabilitation Following Radical Prostatectomy: Evalution and Treatment Strategies. *Contemporary Urology*.

²⁰ Pompeo, A. C. (2005). Eficácia do citrato de sildenafila em pacientes com disfunção erétil submetidos à prostatectomia radical. [Versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Medicina*. Acedido em 14 de

setembro de 2009, em http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2990.

²¹ Azevedo, A. A. (2005). *Incontinência Urinária: impacto no feminino*. Formasau. Coimbra.

²² Shell, J. A. (2002). Impacto do cancro na sexualidade. In OTTO, S. E., *Enfermagem em Oncologia*. 3ª ed. Lusociencia. Loures.

²³ Kelvin, J. F. & Tyson, L. B. (2005). *One hundred questions & answers about cancer symptoms and cancer treatment side effects*. Jones and Bartlett Publishers. Boston.

²⁴ Bia, F. M. M. (2008). Reabilitação da sexualidade após Acidente Vascular Cerebral: esperança para o amor. [Versão eletrônica]. *Nursing*. Acedido em 5 de maio de 2010, em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3383:reabilitacao-da-sexualidadeaposacidente-vascularcerebral&catid=182.

²⁵ Arrington, M. I. (2008). Prostate Cancer and the social construction of masculine sexual identity. [Versão eletrônica]. *International Journal of Men's Health*. Acedido em 22 de abril de 2009, em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=12&sid=25f580ed-d2a8-4a3f-a07c-e2e44cb5565b%40sessionmgr14>.

²⁶ Pereira, F. C. S. M. (2006). *A Sexualidade Como Componente Da Identidade Humana*. Acedido em 7 de maio de 2009, em http://www.ufpi.br/mesteduc/eventos/ivencontro/GT15/sexualidade_componente.pdf.

²⁷ Borges, João B. R., et. al., (2009). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. [Versão

eletrônica]. *Einstein*. Acedido em 5 de maio de 2010, em http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1356-Einstein%20v7n3p308-13_port.pdf.

²⁸ Almeida, F. J., et. al., (2007). Incontinência Urinária. [Versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Medicina*. Acedido em 22 de abril de 2009 em http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3334.

²⁹ Blanes, L., Pinto, R. C. T., & Santos, V. L. C. G.. (2001). Urinary Incontinence: Knowledge and Attitudes. [Versão eletrônica]. *Brazilian Journal of Urology*, 27. Acedido em 5 de maio de 2010, em http://www.brazjurol.com.br/maio_2001/Blanes_281_288.pdf.

³⁰ Ko, W. F. Y, & Sawatzky, J. V. (2008). Understanding urinary incontinence after radical prostatectomy: a nursing framework. [Versão eletrônica]. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Acedido em 7 de janeiro de 2009, em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=12&sid=25f580ed-d2a8-4a3f-a07c-e2e44cb5565b%40sessionmgr14>.

³¹ Barroso, S. (2007). *A pessoa com cancro*. Acedido em 7 de novembro de 2009, em <http://www.sponcologia.pt/index.php?lop=conteudo&op=1afa34a7f984eeabdbb0a7d494132ee5&id=07e1cd7dca89a1678042477183b7ac3f>.

³² Araújo, E. S. (2003). *A solução Viagra®: Conceções de masculinidade e impotência no discurso biomédico*. Acedido em 7 de maio de 2009, em <http://www.rizoma.ufsc.br/pdfs/520-of8a-st3.pdf>.

³³ Coelho, M. L. L. P.. (2003). Sexualidade e fertilidade no doente oncológico. *Mundo Médico*.

³⁴ Lourenço, M. (2003). Aspetos Biopsicossociais da Disfunção erétil: A claudicação do sistema pessoa. In Fonseca, L., Soares, C., Vaz, J. M., *A Sexualidade: perspectiva multidisciplinar*. Coimbra.

³⁵ Figueiredo, A. P. & Pereira, M. G. (2007). Impacto Psicológico do tratamento do cancro no doente e conjugue. In M. G. Pereira. *Psicologia da saúde familiar: aspetos teóricos e investigação*. 1ªed. Climepsi Editores. Lisboa.